Blog Cantinho do Saber

Nome da Criança:____ Data:___/___/___

Escola:____Professora:__________________________

Turma:____________________Série:_________Turno:__________Bimestre:___________________

1. **Período de Adaptação:**

Como tem sido a chegada à escola.

- No início do período

____
____
____

- No momento atual (agora)

____
____
____

- Sua assiduidade

____
____
____

- Observações:

____
____
____

2. **Participação nas atividades:**

- Participa de todas as atividades?

Sim (   ) ou Não (   )

OBS:

____
____
____

- Como é sua participação nas atividades:

No pátio

____
____
____

No refeitório

____
____
____

Na sala de atividades

____
____
____

De artes

____
____
____

De jogos

____
____
____

Na hora da história

____
____
____

Na roda de conversas

____
____
____

No repouso (Se dorme na escola)

____
____
____

3. **Desenvolvimento sócio – emocional:**

- É uma criança alegre e comunicativa?

Sim (   ) ou Não(   )

OBS:____
____
____

- Demonstra sentimentos e emoções?

Sim (   ) ou Não(   )

OBS:____
____
____

- É criança inquieta?

Sim (   ) ou Não(   )

OBS:____

- Como interage com os amigos da sala?

- Tem se apegado só a professora ou já se sente segura no grupo?

- Como lida com a rotina da sala e os limites?

- Como brinca e realiza as atividades de rotina?

- Sente prazer e realiza as atividades de rotina?

- Sente prazer em estar na escola?

- Participação nas atividades com o grupo:

- Atendimento às solicitações da professora:

- Relacionamento com os colegas:

____
____
____

- Defendendo seus direitos:

____
____
____

4. Desenvolvimento Físico/Motor

- Segura corretamente o lápis?

Sim (   ) ou Não (   )

OBS:____
____
____

- Executa Movimentos de pinça com os dedos, ao manusear pequenos objetos?

Sim (   ) ou Não (   )

OBS:____
____
____

- Manipular e segura objetos com destreza?

Sim (   ) ou Não (   )

OBS:____
____
____

- Apresenta habilidades em movimentar livremente as partes do corpo?

Sim (   ) ou Não (   )

OBS:____
____
____

- Desenha a si próprio?

Sim (   ) ou Não (   )

OBS:____
____
____

- Identifica posição e formas de objetos no espaço?

Sim (   ) ou Não (   )

OBS:____

- Corre e anda normalmente?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:

- É criança "estabanada" deixando cair os objetos com freqüência?

- Como está sua atenção durante as atividades?

5. **Desenvolvimento Cognitivo**

- Apresenta vocabulário de acordo com a faixa etária?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:

- Expressa seu pensamento de forma lógica e clara ao falar?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:

- Reproduzir graficamente e/ou reconhece seu nome?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:

- Reconhece o Alfabeto, identifica as letras?

Sim ( ) ou Não ( )

OBS:

- Lê o nome de alguns colegas da turma?

Sim (   ) ou Não (   )

OBS:____
____
____

- Cria história com seqüência lógica?

Sim (   ) ou Não (   )

OBS:____
____
____

- Interpreta histórias, fatos e filmes?

Sim (   ) ou Não (   )

OBS:____
____
____

- Como tem se apresentado o desenvolvimento da linguagem?

____
____
____

- Participa com gosto e interesse das atividades propostas?

____
____
____

- Traz novidades e fala sobre elas na roda de atividades?

____
____
____

- Fale sobre o aluno nas atividades que envolvam:

____
____
____